

全国子ども会安全会 NPO 傷害保険
全国子ども会連合会ボランティア傷害保険
事 故 報 告

報告年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

県(市)子連名

担当者氏名

所属子ども会					
加入者名・年齢		性別	男・女	年齢	歳
加入者住所	〒 _____				
電話番号		TEL	_____	_____	
事故発生日時	_____年 _____月 _____日() 午前・午後 _____時 _____分頃				
事故発生場所					
行事内容					
事故発生状況 原因					
傷害(けが)の程度					
病院名					
病院住所	〒 _____				
電話番号		TEL	_____	_____	
保険加入月	_____年 _____月 (加入者証の保険期間の開始日を記入してください)				
他の傷害保険	有(_____ 保険)・無				
その他参考事項					

※全子連処理欄

全子連受付年月日 / _____ 年 _____ 月 _____ 日
全子連受付者 / _____ ⑩
保険会社への照会 / _____ 年 _____ 月 _____ 日